

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

351

Année 1905

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 31 mai 1905 à 1 heure

Par Jules JACQUOT

De la Faculté de médecine de Paris
Ancien externe des Hôpitaux

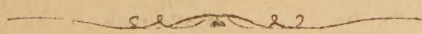
TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU LUPUS

Excision et autoplastie par les grands décollements

Président : M. GAUCHER, professeur.

*Juges : { MM. LANDOUZY, professeur.
LABBÉ (MARCEL) et MACAIGNE, agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	N...
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	des trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGREY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153717_0135

MEIS ET AMICIS

Nous tenons, dès le début de ce modeste travail, à faire remarquer qu'il n'est qu'une contribution aux travaux de M. MORESTIN sur le traitement opératoire du lupus. Il nous en a fourni les matériaux et ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils; qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance.

Nous sommes heureux d'adresser à tous nos maîtres de Paris l'hommage de la plus affectueuse reconnaissance. M. le professeur GAUCHER en particulier est l'objet de nos plus vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Dans notre profonde gratitude envers tous ceux qui nous ont initié dans l'art de la médecine, notre reconnaissance va droit à nos maîtres de l'École de médecine de BESANÇON, qui ont été nos premiers guides au début de nos études.

A eux tous merci !

CHAPITRE I

Avant-Propos

Il est toujours difficile de faire accepter une opération à un malade. La chirurgie est considérée comme un pis aller auquel on a recours lorsque toutes les autres thérapeutiques ont échoué, et tel malade qui pour se guérir, absorbe sans difficulté les médicaments les plus divers, hésitera beaucoup pour se confier au chirurgien, même en sachant que la cure de sa maladie doit être radicale. Combien cette hésitation doit être plus grande encore quand il s'agit d'une maladie qui, comme le lupus, est parfaitement indolente, ne compromet aucune fonction importante, et a cette réputation d'être essentiellement bénigne; réputation surfaite car si le pronostic *quoad vitam* est bon, la ténacité de la lésion et son évolution, en font une maladie dangereuse.

Au début, c'est une légère plaque rosée, indolente, qui laisse le malade dans la plus parfaite quiétude, sans souci du danger, et ne l'oblige en rien à se faire

soigner. Les limites en sont indécises, la coloration variable avec l'intensité des surinfections, et le malade ne lui trouve rien d'inquiétant aussi longtemps qu'elle n'atteint pas les orifices. Mais ici, la scène change ; les ulcérations succédant à la fonte des tubercules, ayant pu se produire tant que le lupus était limité à la joue, étaient de légers accidents vite réparés, passant presque inaperçus ; ici une perte de substance en est la conséquence, qui détruit peu à peu tous les organes de la mimique.

Le nez, les lèvres, les paupières peuvent disparaître rongés par les ulcérations, et comme seules les parties molles sont atteintes, au milieu d'un visage déjà couvert par un masque lupique, apparaîtra le nez réduit à sa charpente, « un nez de tête de mort ».

Si les pertes de substance se réparent, on aura des cicatrices vicieuses ; avec : ectropion aux paupières, atrésie pouvant aller jusqu'à l'oblitération aux narines, déviation aux lèvres. Arrivé à ce point, le lupique « devient une charge à lui-même et à la société. »

Repoussé partout à cause de sa laideur, il vient échouer à l'hôpital, où encore valide il est retenu comme un incurable. Il suffit de visiter l'hôpital Saint-Louis où affluent de tous côtés tant de malheureux atteints de lupus, où beaucoup d'entre eux passent leur existence : les uns comme employés, les autres comme malades, pour se faire une idée de cette laideur poussée à l'extrême.

Peut-on considérer comme bénigne une maladie qui fait des parias.

Ajoutons à cela, les complications possibles : métastases ganglionnaires ou viscérales, la transformation *in situ* du lupus en épithélioma et ne disons plus que le lupus est une tuberculose bénigne.

Montrons ce triste avenir à nos malades avec toutes ses conséquences possibles, et bien peu refuseront une opération inoffensive, qui leur donnera une guérison radicale, rapide, et leur rendra leur aspect primitif autant et même plus qu'ils ne peuvent l'espérer.

Nombreuses sont les méthodes préconisées pour le traitement du lupus, mais il en est peu qui réunissent ces trois qualités : les caustiques chimiques, le thermocautère, les scarifications ordinaires, la photothérapie, tels sont les moyens les plus en vogue dans les services de dermatologie, sans compter les rayons Røntgen qui nécessitent un outillage par trop spécial pour qu'on les fasse rentrer dans l'arsenal d'un praticien, et le radium et ses sels dont les preuves sont encore à faire.

Parmi ces diverses méthodes, qui toutes agissent en faisant évoluer cette tuberculose locale vers la sclérose, imitant en cela le processus naturel de guérison, les unes agissent vite, mais avec un résultat esthétique déplorable, les autres agissent bien mais lentement, et il faut des mois, sinon des années, pour guérir un lupique par la photothérapie ou les scarifications, méthodes si lentes, que l'on se demande ce que l'on

doit le plus admirer : le dévouement du médecin qui les applique ou la docilité du malade qui les accepte.

Avec beaucoup de patience, on arrive certainement à de très beaux résultats, mais combien est préférable la méthode chirurgicale, qui donne en peu de jours, une guérison aussi parfaite avec un résultat esthétique aussi satisfaisant. Laissons aux dermatologistes, les lupus des muqueuses et ceux qui sont à cheval sur les orifices où la chirurgie est impuissante, et ils seront encore trop nombreux les malheureux qui courront les consultations en quête d'une guérison toujours trop lente à venir. Pour les lupus extérieurs, pour tous ceux dont le siège est purement cutané, le traitement opératoire est le seul rationnel, parce que seul, répétition utile, il donne une guérison définitive, rapide avec un minimum de cicatrice.

Ce triple résultat a été souvent contesté, ce qui tient sans doute à l'insuffisance des thérapeutiques employées ; le point difficile de l'opération est la réparation, et celle-là seule parmi toutes les méthodes chirurgicales a des chances de succès, qui est assurée d'une plastique suffisante et facile.

Nous allons faire notre possible pour démontrer que la méthode de M. Morestin a ces deux qualités. Après avoir exposé son manuel opératoire, nous verrons quels sont les résultats qu'il obtient, apportant à l'appui de nos dires les observations et photographies que M. Morestin a bien voulu mettre à notre disposition.

CHAPITRE II

Opération. — Le premier temps de l'intervention est l'exérèse des parties malades : enlever toute la plaque lupique et ne laisser aucun tubercule qui puisse être la source d'une repullulation, tel est le but à atteindre. Ce serait chose facile si l'on connaissait les limites exactes de la lésion ; malheureusement il n'en est rien. Si les parties anciennes de la plaque sont mises en évidence par la teinte plus ou moins rosée que leur donnent les surinfections, à la périphérie, dans les zones récemment envahies, ces surinfections manquent, et les tubercules peuvent déjà farcir le derme sans que rien n'apparaisse à l'épiderme. Aussi se contenter d'enlever ce qui est visible serait s'exposer à une récurrence certaine. Il faut faire bonne mesure, et pour être sûr de ne laisser aucune des parties malades, empiéter sur les parties saines.

En profondeur, l'écueil est plus facile à éviter. Le

lupus s'étend dans ce sens beaucoup moins qu'en surface ; il respecte le pannicule adipeux sous-cutané, et enlever celui-ci, c'est enlever du même coup toute la lésion.

Cette éradication large en surface et en profondeur est aisée pour les lupus de faible dimension, où l'on aura toujours une réparation facile ; dans les cas de ce genre, toutes les méthodes donnent de bons résultats. Mais dès qu'il s'agit d'un lupus plus grand, du calibre d'une pièce de cinq francs ou d'une paume de main par exemple, dépasser les bords tout autour de un centimètre, c'est l'agrandir singulièrement, et augmenter d'autant les difficultés de la réparation.

On comprend facilement l'hésitation des chirurgiens qui, obsédés par cette réparation à faire, par la surface du lambeau à tailler et de la plaie d'emprunt, enlevaient le moins possible, laissaient des tubercules dans le voisinage de leur greffe, avaient des récidives, des statistiques mauvaises, et finalement laissaient dire, et même disaient : le lupus doit être traité chirurgicalement, mais seulement lorsqu'il est de faible dimension ; un lupus grand comme une pièce de cinq francs et au-dessus nous échappe et nous trouve désarmés.

Avec la méthode de M. Morestin, rien de pareil. Certain d'avoir par décollement un lambeau toujours suffisant dont la vitalité est assurée par sa continuité avec les autres téguments, il dépasse largement les limites du mal, n'ayant que cette préoccupation : enlever tout,

de manière à éviter toute récurrence. Les bornes de l'intervention se trouvent de ce fait singulièrement reculées, et il peut s'attaquer à des lupus couvrant la région sus-hyoïdienne en entier (obs. I et II) ou tout un côté de la joue (obs. XIV et XV). Ce n'est pas là une des autres méthodes perfectionnées, c'est une méthode nouvelle.

En augmentant la surface à enlever, on augmente il est vrai la difficulté, pour un lupus de faible dimension on supprime d'un seul coup la lésion tout entière, sans se préoccuper des plans sous-jacents, éradication des plus séduisantes. Mais s'il s'agit d'un lupus plus grand, surtout s'il siège au visage, ce qui arrive dans les trois quarts des cas, il faut ménager les muscles peauciers et les filets du facial, dissection des plus délicates. De plus la région est très riche en vaisseaux, l'écoulement sanguin est donc assez abondant et nécessite l'application de nombreuses pinces pour assurer l'hémostase. Mais que sont ces difficultés en comparaison du résultat à obtenir, c'est-à-dire la cure radicale, la guérison définitive.

Réparation. — La plaie faite, il faut la couvrir ; si elle est minime, c'est chose facile : On décolle légèrement les bords, et l'on pratique la réunion comme pour toutes les plaies chirurgicales simples ; on obtient ainsi une cicatrice linéaire qui disparaît avec le temps ou du moins devient à peine visible. Mais si la surface

cruentée est plus étendue, une opération plastique complémentaire est indispensable : c'est alors que M. Morestin a recours aux grands décollements.

C'est une notion de chirurgie courante que la peau séparée des plans sous-jacents par un épanchement conserve longtemps sa vitalité : un abcès peut détruire le tissu cellulaire de tout un segment de membre sans que le sphacèle se produise, si l'on donne à temps issue à la suppuration ; la peau décollée sur des étendues de vingt à trente centimètres par un épanchement traumatique séro-sanguin (passage d'une roue de voiture), n'a aucune tendance à se mortifier, et il suffit d'évacuer la sérosité, de drainer pendant quelques jours pour obtenir la reprise des téguments qui retrouvent vite leur souplesse et leur mobilité.

M. Morestin avait été frappé de ce fait, et il pensa que ce qui se passe à la suite d'un traumatisme grossier et brutal, se passerait aussi après une intervention aseptique et attentive. De ces observations sortirent la pratique des grands décollements en chirurgie réparatrice, et ses deux conditions principales de succès : l'asepsie et le drainage.

Le décollement est en général assez facile. On sépare la peau de l'aponévrose en détruisant les tractus cellulux qui du derme vont au plan fibreux sous-jacent. Les instruments à employer sont : le bistouri agissant à plat sous la peau, quelquefois les ciseaux droits ou courbes, et dans les points où le tissu cellulaire est

très lâche, les doigts entourés d'une compresse, promenés dans le sinus cuti-aponévrotique.

La seule règle à observer est de pousser le décollement assez loin pour que la peau se laisse facilement modeler et fixer. La limite maxima où commence le danger est assez difficile à établir, M. Morestin a décollé toute la face antérieure de la poitrine, la moitié antérieure du cou (Obs. XV), un tiers de la paroi abdominale (Obs. XVIII) sans avoir de mortification, ni même de période de torpeur bien caractérisée. En tous cas, « mieux vaut un décollement beaucoup plus étendu, qui permette d'affronter sans traction, qu'un autre infiniment plus réduit, qui ne donnerait qu'un rapprochement imparfait et forcé des lèvres de la plaie. »

On pourrait s'attendre dans des décollements de telle étendue, à un abondant écoulement sanguin, et cependant il n'en est rien. C'est un suintement capillaire qui toujours cède à une compression immédiate, et c'est à peine si, de temps à autre, on doit pincer le jet de quelque petite artériole.

La peau, décollée et attirée sur la plaie à couvrir, modelée sur les reliefs et dépressions, contractera en quelques jours, des adhérences avec la profondeur pourvu que l'on ait observé les points de détail dits accessoires et qui sont cependant, les conditions *sine qua non* du succès.

Quels sont-ils ?

C'est avant tout le drainage. La dilacération des lymphatiques, la section d'une foule de capillaires sanguins, la dissociation du tissu cellulaire amènent toujours une abondante exsudation qui empêcherait toute adhésion. Aussi doit-on drainer largement sur les points déclives — pas longtemps d'ailleurs — c'est l'affaire de quatre ou cinq jours et l'écoulement tarira à mesure que la peau se fixera.

En évitant la stagnation, on diminue d'autant les chances d'infection car l'asepsie complète est indispensable ici plus que dans toute autre intervention chirurgicale. La peau nourrie seulement par continuité est en état de moindre résistance, et la plus légère infection serait suffisante pour compromettre immédiatement le résultat opératoire et peut-être même la vie du sujet.

Points accessoires encore la douce compression du pansement, et les attitudes particulières à donner à l'opéré pour éviter tout tiraillement sur les sutures et le lambeau. Cependant ces détails ne sont pas à dédaigner puisqu'ils assurent la marche rapide des suites opératoires.

Telles sont les règles de la réparation. Seule la direction du décollement doit varier avec les régions où l'on opère. C'est au chirurgien de juger de quel côté de la plaie il pourra décoller le plus loin et le plus facilement. Voyons cependant quelle fut la conduite de M. Morestin dans les régions où il eut le plus sou-

vent à intervenir c'est-à-dire : la région sus-hyoïdienne, la face et les membres supérieurs.

Dans la région sus-hyoïdienne, le décollement du côté de la face serait vite arrêté par la lèvre inférieure, aussi doit-on se porter en bas, dans la région sous-hyoïdienne où la peau peu adhérente se laisse facilement mobiliser. On peut ainsi descendre très loin, certain que rien ne viendra arrêter la manœuvre.

C'est de cette façon que se conduisit M. Morestin dans nos deux observations de lupus de la région sus-hyoïdienne : (obs. I et II), tous deux ont été traités de façon identique. Il a décollé toute la peau de la région sous-hyoïdienne jusqu'au niveau de la fourchette sternale. La lèvre inférieure fut alors facilement amenée au niveau de la lèvre supérieure, décollée elle-même juste assez pour amener la cicatrice en dessous et en arrière de l'arc maxillaire. Une légère contre-ouverture permit de placer un drain au point où s'arrêtait le décollement ; la tête du malade fléchie pour faciliter la suture, fut maintenue dans cette position pendant quelques jours par un pansement fait avec des bandes de flanelle qui exercèrent une légère compression. Dans les deux cas, les suites furent très heureuses ; en vingt jours (obs. II) et en trente jours (obs. I) les malades furent parfaitement guéris.

A la joue, la difficulté est plus grande, le décollement est vite limité par les orifices et ne peut se faire

dans le voisinage immédiat que pour couvrir de très petites surfaces (obs. III à XII).

Dès que la perte de substance dépasse le calibre d'une pièce de cinq francs, c'est au cou qu'il faut avoir recours (obs. XIV à XVI). Dans les cas de ce genre, M. Morestin détache dans la région sus-hyoïdienne un lambeau à large pédicule postéro-supérieur, répondant à la région sous-auriculaire, et sterno-mastoïdienne. On peut ainsi recouvrir toute la région génienne et parotidienne, à condition toutefois, de couvrir immédiatement la plaie d'emprunt par décollement, de la même façon que l'on répare la plaie succédant à l'éradication d'un lupus de cette région. Pour combler une plaie pareille, M. Morestin a mobilisé la peau jusqu'au niveau de la deuxième côte (obs XVI). La suture immédiate est faite au niveau de la joue, avec des aiguilles très fines et un drain placé au point déclive. Ici plus encore que lorsqu'il s'agit d'un lupus de la région sus-hyoïdienne, l'inclinaison de la tête facilite singulièrement la suture et la reprise des téguments. M. Morestin la maintient en bonne position par des lanières de caoutchouc ou par des drains d'épaisseur suffisante fixés aux bandes du pansement. Ce n'est qu'un simple artifice, d'application facile, permettant au chirurgien de surveiller sa greffe, et de changer les compresses qui sont vite trempées par le suintement que produit un écorché pareil. Le cou reprend très vite son aspect habituel et sa souplesse antérieure ; s'il n'y a pas d'in-

fection, tout se passe le mieux du monde, et dans le cas contraire, ce n'est pas la méthode qui doit être incriminée, mais l'opérateur ou ses aides.

Un point qu'il convient d'éclaircir dès maintenant, c'est que même pour des délabrements pareils, M. Mores-tin n'emploie comme anesthésique que l'infiltration cocaïnique qui est très suffisante contre la douleur, les malades étant beaucoup moins affectés qu'on ne peut le croire par cette opération. Cette pratique permet d'éloigner du champ opératoire, l'aide chargé de donner le chloroforme, qui dans cette région serait plutôt gênant ; elle diminue les chances d'infection en évitant les vomissements et la salivation excessive qui peuvent accompagner la narcose. Enfin elle facilite la tâche, car plaçant lui-même sa tête dans la position qui lui est indiquée, le malade rend plus aisés la suture et le pansement.

Pour le lupus des membres, nous n'avons que deux observations : l'une (obs. XVII) très intéressante, nous montre comment on peut tirer parti en chirurgie réparatrice de cas qui, au premier abord, semblent désespérés. Elle ne peut guère être donnée comme exemple, des cas de ce genre ne se rencontrant heureusement pas chaque jour.

L'autre, au contraire (obs. XVIII) indique parfaitement où l'on doit prendre les matériaux de réparation pour le membre supérieur. C'est le tronc qui doit les fournir.

Décoller les téguments, les fixer sur la plaie à cou-

vrir; les maintenir rapprochés tant que l'adhésion ne s'est pas produite, et par une opération complémentaire détacher ce lambeau, parfaire son adaptation, recouvrir la plaie d'emprunt par décollement, telle est la marche à suivre. On ne sera jamais embarrassé pour le membre supérieur, la peau du thorax peut aisément fournir toutes les pièces nécessaires (Voir planches I, II, *fig. I, II, III*).

PLANCHE I

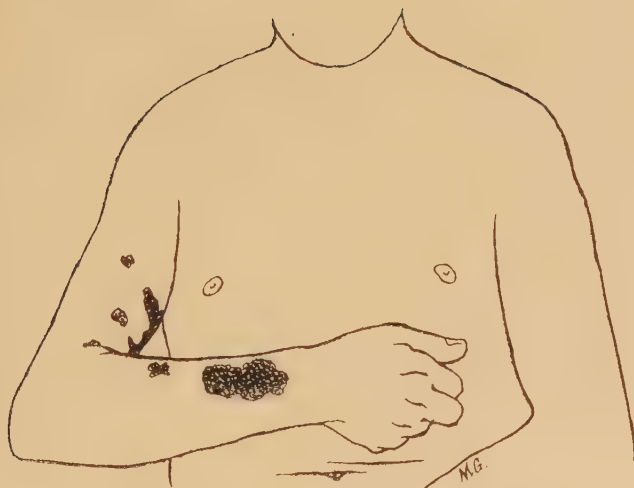


FIG. I. — *Lupus de l'avant-bras et du bras avant adaptation des lambeaux.*

A. MICHALON, Éditeur,
PARIS

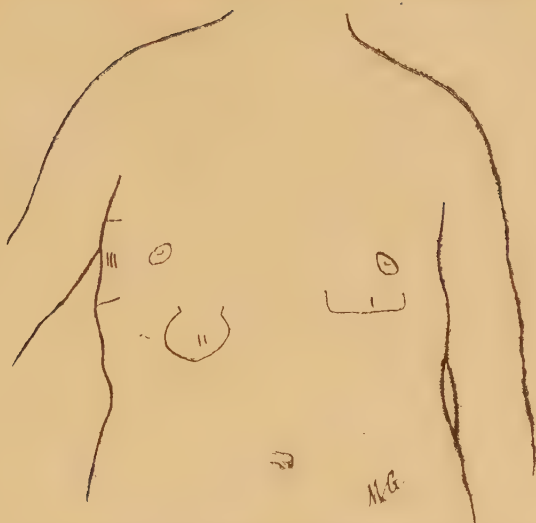


FIG. II. — Exemples de lambeaux pour un lupus de l'avant-bras et du bras.

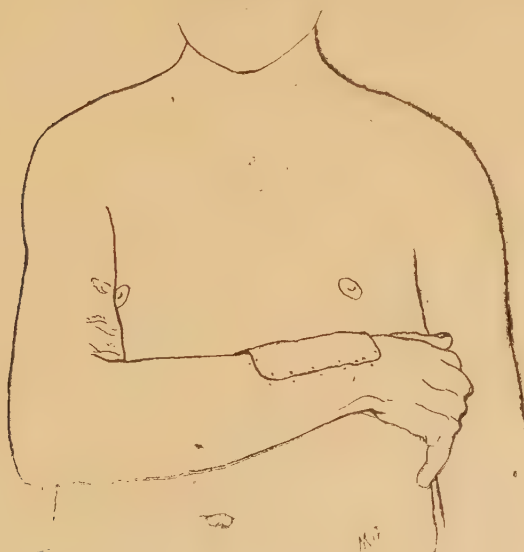


FIG. III. — Un des lambeaux mis en place.

CHAPITRE III

Résultats obtenus.

Avec des décollements tellement étendus, on pourrait craindre pour la vitalité des tissus mobilisés, séparés de toutes leurs connexions vasculaires avec les plans sous-jacents, et cependant, c'est à peine si la peau décollée est un peu plus pâle et un peu moins chaude que celle des parties ambiantes. Elle passe rapidement à une coloration, à une température et à un aspect normaux, ce qui indique la rapidité avec laquelle se rétablit la circulation. Il se forme presque immédiatement des connexions nouvelles entre la peau déplacée et la région qu'elle vient couvrir ; elles augmentent sa nutrition déjà assurée par sa continuité avec les autres téguments. Recevant ainsi du sang de tous côtés, contrairement aux lambeaux qui n'en reçoivent que leur pédicule, on s'explique qu'elle puisse leur être tellement supérieure en étendue. C'est donc l'affaire de peu de temps, et la

région a repris son apparence normale, seule la cicatrice de la suture indique qu'il y avait là, une lésion. Que le chirurgien s'ingénie à placer cette cicatrice dans un endroit où elle pourra être facilement cachée, qu'il en diminue la largeur autant que possible, en n'employant pour la suture que des aiguilles et des soies très fines, qu'il enlève ses fils le plus tôt possible, et cette cicatrice deviendra linéaire, disparaîtra très vite, ou du moins sera des plus faciles à dissimuler « par un maquillage des plus élémentaires ».

Ce but a été atteint par M. Morestin chez la plupart de ses opérés. L'on ne peut lui donner de meilleurs juges que ses malades eux-mêmes qui tous se sont déclarés enchantés du résultat obtenu.

Après leur guérison, la plupart des malades ont été revus, et une seule récurrence a été trouvée (obs XVIII.) Encore est-elle survenue chez un sujet tuberculeux très avancé, et à la suite d'une opération qui avait été par trop conservatrice. La récurrence était à prévoir, elle aura au moins cette utilité, de nous prouver que l'on doit toujours trancher dans les tissus sains, pour être certain de ne laisser aucune source de repullulation. Dans tous les autres cas, la guérison a été radicale, aucune trace de récurrence ne s'est montrée, et comme la plupart des malades sont opérés depuis plus d'un an, on peut donc considérer la guérison comme définitive.

Lors même que cette récurrence serait survenue après

une opération faite dans toutes les règles, on peut comparer ces dix-huit cas donnant une récurrence, avec la statistique du professeur Lang qui, au Congrès de dermatologie de 1900, se montrait si enchanté de n'avoir que dix récurrences sur trente-cinq malades. Ce sera montrer encore une fois de plus la supériorité de la méthode Morestin.

La durée du traitement a été en moyenne de huit jours pour les lupus de faible dimension (obs. III à XII) augmentant il est vrai avec la surface de la lésion ; mais nous sommes encore loin des trois mois de séjour à l'hôpital que nécessitent les greffes de Thiersch. Sans compter que le résultat esthétique est atteint immédiatement tandis que sorti de l'hôpital, le malade traité par les greffes de Thiersch conservera pendant plusieurs mois un aspect gaufré dû à l'irrégularité de la cicatrice, à sa couleur sale et brune ; c'est à ce point que beaucoup de malades regrettent leur lupus.

Récurrences moins fréquentes, résultat esthétique plus beau, guérison plus rapide, telles sont les qualités par lesquelles la méthode de M. Morestin l'emporte sur toutes les autres méthodes chirurgicales. C'est d'elle surtout que M. Lang aurait pu dire : « Par elle, vous guérirez en quelques jours des malades qui ont vainement cherché la guérison pendant des dizaines d'années. Vous rendrez le désir de vivre à des malades qui étaient à charge à eux-mêmes et aux autres. »

OBSERVATIONS

Observation I

M. MORESTIN. *Société anatomique du 19 octobre 1900.*

Adolphe J..., sommelier, est entré le 24 juillet à l'hôpital Saint-Louis, isolement, n° 13. Il était porteur d'un lupus datant déjà de loin, mais qui n'avait été encore l'objet d'aucune médication. Il couvrait toute la région sus-hyoïdienne, depuis le menton jusqu'à l'os hyoïde, d'un angle de la mâchoire à l'autre et ses limites suivaient assez exactement le relief du maxillaire inférieur, l'état général était bon, malgré la pâleur du sujet. Il avait eu de fréquentes bronchites, mais ses poumons à l'auscultation ne présentaient aucun signe de tuberculose avérée. Le lupus était assez bien limité. Ce garçon ennuyé de porter une lésion qui l'humiliait beaucoup, ne demandait qu'à en être débarrassé. Je fis donc l'ablation de la plaque lupique au niveau de laquelle il y avait deux ou trois petites ulcérations superficielles, les téguments furent enlevés dans toute leur épaisseur y compris même le pannicule sous-cutané. La région sus-hyoïdienne

dans sa totalité était écorchée, et même la peau se rétractant, entraînée par son élasticité, le bord du maxillaire était à nu, et la lèvre inférieure de la plaie se trouvait au niveau de la saillie du thyroïde.

Pour combler cette plaie, je décollai les téguments de la partie antérieure du cou dans toute la hauteur de la région sous-hyoïdienne. J'allai jusqu'à la fourchette sternale dans le sens vertical ; latéralement, jusqu'au bord postérieur du sterno-mastoïdien. J'avais ainsi une grande quantité de peau mobilisée flottante et malléable. Elle fut remontée vers la mâchoire comme on remonte un pantalon, et suturée à la lèvre supérieure, préalablement décollée et mobilisée elle-même sur une hauteur de trois centimètres.

Cette suture effectuée, grâce à une légère flexion de la tête, je craignis que la peau ne fût un peu tendue, et je fis en travers au niveau de la fourchette sternale, une petite incision de quatre centimètres. Les bords en furent réunis de droite à gauche, si bien que les crins qui avaient servi à les rapprocher formaient une série verticale.

Je regrettai plus tard ce temps additionné, car il fallut couper les fils ; la tension était trop grande à ce niveau dans le sens transversal, la plaie reprit sa direction première, et il en est résulté simplement une petite cicatrice horizontale au niveau de la fourchette sternale.

A cela près, les choses marchèrent convenablement, et la réunion primitive fut obtenue pour la suture d'en haut qui décrivait un demi-cercle concentrique à l'arc maxillaire.

Il a quitté l'hôpital le 4 septembre en excellent état : Le résultat opératoire a été tout à fait satisfaisant ; l'aspect de la région est redevenu normal, la mâchoire et la tête exécu-

tent tous leurs mouvements, sans gêne d'aucune sorte; quant à la cicatrice en arc, elle est assez abritée par le relief du menton et du maxillaire pour n'être pas visible dans l'attitude ordinaire; elle n'offre à coup sûr rien de disgracieux. Elle forme un relief linéaire légèrement rosé. On peut dire à la vérité que ce garçon n'a pas perdu au change, en remplaçant par cette étroite cicatrice, la plaque rougeâtre qui couvrirait tout l'espace entre son menton et son col de chemise.

Observation II

M. MORESTIN. *Société anatomique, 19 octobre 1900.*

Marie M... 46 ans, est entrée le 8 août à l'hôpital Saint-Louis au n° 11 du service d'isolement. Son lupus évoluait depuis fort longtemps déjà, depuis plus de vingt ans. On y avait fait autrefois des scarifications, mais soit que ce traitement n'ait pas été appliqué selon les règles, soit qu'il n'ait pas été accepté avec la docilité nécessaire, il n'y eut pas d'amélioration.

Le lupus ayant depuis cette époque progressé avec lenteur, mais en gagnant toujours du terrain, avait fini par occuper la région sus-hyoïdienne dans toute son étendue. Cette femme ne présentait point de tuberculose pulmonaire, ni d'autre tuberculose externe, mais c'était une grande hystérique, ayant de fréquentes attaques, et affligée pour le moment d'une hémiplegie hystérique du côté gauche. Une première fois déjà, elle était venue, adressée par un médecin de l'hô-

pital Saint-Louis, me montrer son lupus. Ma proposition de l'extirper lui avait presque rendu l'usage de sa jambe, tant elle avait mis de précipitation à disparaître. Mais l'idée ayant fait son chemin, elle venait d'elle-même me prier instamment de la débarrasser.

Je l'opérai le 10 août à la cocaïne. La lésion fut circonscrite par deux incisions : l'une antérieure courbe, l'autre postérieure menée en travers, comme la jugulaire d'un casque, d'un angle de la mâchoire à l'autre, passant à la partie la plus reculée de la région.

Après la dissection et l'extirpation de toute la peau malade, je décollai encore les téguments jusqu'au sternum et les remontai pour les suturer à la branche de section supérieure.

Avant de placer les sutures, j'installai un drain longitudinal placé sur la ligne médiane : un des bouts fut fixé aux muscles digastriques par un crin dont les deux chefs furent ramenés à travers la peau et noués lâchement. L'autre extrémité sortait par un orifice fixé au-dessus du sternum, juste au point où finissait le décollement. Deux points perdus fixèrent la face cruentée des téguments au plan musculo-aponévrotique sous-jacent. La tête fut maintenue légèrement fléchie par un pansement. Les suites furent très heureuses; le drain enlevé le sixième jour et les fils en deux fois le huitième et le dixième jour. La réunion fut d'emblée parfaite, et quand la malade nous quitta, à la fin du mois d'août, elle avait toute liberté d'exécuter les mouvements de la mâchoire et de la tête. Au point de vue plastique, le résultat ne laissait absolument rien à désirer; la cicatrice était peu visible, moitié dissimulée par le menton, la région ayant d'ailleurs à cela près, repris son apparence normale.

Observation III (M. MORESTIN).

M^{lle} Colombe G..., âgée de 25 ans, présente une plaque lupique grande comme une pièce de un franc, occupant du côté gauche, la région sous-orbitaire et molaire. Extirpation le 14 janvier 1904. L'opération est faite à la cocaïne. Auto-plastie à l'aide d'un lambeau à pédicule supérieur, prélevé sur la joue et en arrière de la perte de substance. Guérison en huit jours ; résultat des plus satisfaisants.

Observation IV (M. MORESTIN).

M^{lle} Louise L..., crémière, âgée de 25 ans, porte depuis plus de cinq ans, deux plaques lupiques sur le front, l'une grande comme l'ongle du petit doigt est située entre les deux sourcils, à gauche de la ligne médiane : l'autre, grande comme une de nos anciennes pièces de vingt centimes en argent, sur la bosse frontale droite ; cette dernière est à un travers de doigt du sourcil, à deux travers de doigt de la ligne des cheveux, et s'arrête en dedans à deux centimètres et demi de la ligne médiane. Elle est surélevée, de coloration rose foncé, avec çà et là, des points de couleur sucre d'orge.

La malade est opérée le 30 mai 1904 à la cocaïne ; la petite plaque est extirpée au moyen de deux incisions verticales, de un centimètre environ, se rejoignant au-dessus et au-dessous de la plaque, suture à la soie.

La grande plaque est extirpée au moyen de deux incisions curvilignes transversalement dirigées, se rejoignant à gauche

et à droite de la plaque. L'hémorrhagie assez abondante est arrêtée par la forcipressure. Le décollement des bords de la plaie rend possible l'affrontement et la suture. Ablation des fils le huitième jour, réunion parfaite.



Fig. IV. — OBSERVATION V. — M^{lle} Eugénie D... Lupus de la joue.

Observation V (M. MORESTIN).

M^{lle} Eugénie D. , 4 ans, présente au centre de la joue droite un lupus typique, grand comme une pièce de vingt-centimes en argent, évoluant depuis 6 mois environ. Opération

le 12 mai 1903. L'extirpation laisse une plaie grande comme une pièce de un franc. Décollement des bords sur une étendue de un centimètre environ, dans tous les sens, pour permettre l'affrontement et la suture. Suture à la soie très fine excision à la partie supérieure et inférieure de la suture d'un petit bourrelet formé par la peau en excès. La réunion primitive est obtenue. La guérison souvent contrôlée, se maintient parfaite. La malade présentée à la Faculté, le 26 février 1905, ne présente aucune trace de récurrence.

Observation VI (M. MORESTIN).

M^{me} Sch..., présente un lupus de la joue droite déjà traité par les cautérisations et la radiothérapie ; après des améliorations, la récurrence est survenue ; la maladie évolue depuis quatre ans environ. La plaque lupique est un peu plus grande qu'une pièce de cinquante centimes, siégeant immédiatement au-dessous de la pommette droite, ablation à la cocaïne le 12 juin 1903, la peau étant un peu flasque, il suffit d'un léger décollement pour permettre un affrontement très parfait. Suture à la soie très fine. Enlèvement des fils le 18 juin. La malade a été revue à diverses reprises ; la guérison se maintient parfaite, actuellement encore, et la cicatrice est pour ainsi dire invisible.

Observation VII (M. MORESTIN).

Suzanne L..., 6 ans, présente une petite plaque de lupus grande comme une pièce de cinquante centimes, au centre

de la joue gauche ; l'enfant est bien développée, et présente à cela près les apparences d'une santé florissante ; elle ne tousse point, ne présente ni hypertrophie amygdalienne, ni végétations adénoïdes ; elle n'a jamais fait de maladie, ablation de la petite plaque le 17 juillet 1903 ; guérison primitive qui se maintient encore à l'heure actuelle.

Observation VIII (M. MORESTIN).

Armande Van R..., âgée de 4 ans, présente trois petites plaques lupiques ; au front, dans la région sous-orbitaire, au niveau de la joue droite. Les plaques sont toutes petites, grandes comme des grains de lentille. Ablation de ces trois petites plaques au mois d'octobre 1903. La guérison est naturellement obtenue en peu de jours ; l'enfant suivie depuis cette époque n'a présenté aucune récurrence ; les cicatrices minuscules sont pour ainsi dire invisibles. L'enfant reste chétive et délicate, et cependant se développe assez régulièrement.

Observation IX (M. MORESTIN).

Emilie Van R..., sœur de la précédente, âgée de 2 ans, présente au-dessous et au-devant de la pommette droite, une plaque lupique grande comme une pièce de vingt centimes en argent. Extirpation de cette plaque au mois d'octobre 1903 ; la guérison est obtenue en quelques jours. L'enfant est plus frêle, plus délicate que sa sœur ; elle nous revient au

mois de septembre 1904 pour un abcès froid consécutif à une adénite sous-maxillaire droite. La peau est tellement altérée, au niveau de cet abcès, qu'il n'est plus temps d'en prévenir l'ouverture ; il est donc incisé et cureté. Du côté du lupus tout va bien, il n'y a pas trace de récurrence locale. L'enfant guérit assez promptement de l'accident pour lequel elle nous était apportée. Mais au mois de janvier 1905, elle nous revient à l'hôpital Cochin pour un nouvel abcès froid sous-maxillaire du côté droit : elle reste toujours guérie de son lupus.

Observation X (M. MORESTIN).

M. J. B., a été opéré le 19 juin 1902 d'un lupus grand comme une pièce de cinquante centimes placé sur la saillie de la pommette droite. Les bords de la plaie ont pu être réunis par décollement suivant une ligne oblique de haut en bas et d'avant en arrière. La réunion primitive a été obtenue et la cicatrice est à peu près complètement invisible. Chaque année, ce malade nous donne de ses nouvelles aux environs du premier janvier, et récemment encore, il nous assurait que la guérison se maintient absolument parfaite.

Observation XI (M. MORESTIN).

Mlle Irène R..., danseuse, 21 ans, est entrée au mois d'avril 1904 à l'hôpital Cochin pavillon Velpeau. La malade de bonne santé habituelle et sans aucun antécédent porte une petite plaque lupique un peu au-dessous et en arrière de la commissure labiale droite. L'origine en serait un petit

abcès froid ponctionné et traité par des injections d'éther iodoformé dix mois auparavant. Ablation de la petite plaque à la cocaïne. Suites des plus simples, la malade quitte l'hôpital guérie.

Observation XII (M. MORESTIN).

Mme Léontine L., journalière âgée de 40 ans, nous est adressée dans les derniers jours du mois d'avril 1904 à l'hôpital Cochin, elle est admise le 1^{er} mai pavillon Velpeau N°31.

Elle ne présente d'autres antécédents que des bronchites très fréquentes depuis 1883. Cependant, l'auscultation ne révèle aucun signe de tuberculose pulmonaire. La maladie actuelle date de 1897. A ce moment, il se forma une petite tumeur au niveau du grand angle de l'œil. La peau rougit, et l'on dut par deux fois pratiquer l'incision et le curetage du sac lacrymal. Ces opérations n'amènèrent point la guérison, et il persista une fistule autour de laquelle la peau continua à demeurer rouge. Peu à peu, la lésion cutanée s'étendit à la paupière et à la région sous-orbitaire.

Actuellement, il est facile de reconnaître, dans cette lésion cutanée, une plaque de lupus de la grandeur d'une pièce de un franc environ; l'inoculation de la peau étant, selon toute vraisemblance, consécutive à une tuberculose du sac lacrymal. A la partie inférieure de cette plaque, persiste encore d'ailleurs une fistule; il y a éversion de la paupière inférieure et épiphora; adénopathie sous-maxillaire gauche, ulcération tuberculeuse grande comme une pièce de cinquante centimes au-devant du bord antérieur du masséter.

La malade est opérée le 2 mai. Je pratique l'ablation des

PLANCHE III



*Fig. V. — Observation XII. — M^{me} Léontine L... Lupus
d'origine lacrymale, résultat opératoire.*

A. MICHAUDON, *Éditeur*,
PARIS.

ganglions sous-maxillaires et de l'ulcération tuberculeuse qui peut être enlevée complètement avec réunion immédiate des lèvres de la plaie ; et enfin, intervention plus délicate, extirpation large de la plaque lupique et du sac lacrymal ; cette dernière plaie n'est pas réunie, mais tamponnée, le temps de réparation étant remis à quelques jours. La plaie se rétrécit, l'infractuosit   laissée par la destruction du sac lacrymal se comble.

Le 4 juin je pratique une autoplastie à l'aide de deux lambeaux prélevés : l'un sur la partie inférieure du front, l'autre sur la joue. Le résultat en est bon ; malheureusement, il persiste encore un jeu d'  version de la paup  re inférieure au voisinage du grand angle, et de l'épiphora. La malade a été revue tout récemment, il n'y a pas trace de repullulation du l  pus.

Observation XIII. (M. MORESTIN).

M^{me} Octavie A..., âgée de 56 ans, couturière, m'  st adressée par le professeur Gaucher pour un l  pus occupant le pavillon de l'oreille. Cette malade, jusque-là d'une très bonne santé, constata, il y a trois ans, sur le pavillon de l'oreille droite, à l'union de la conque et du lobule, un petit bouton. Ce bouton, sans cesse manipulé et irrité, s'agrandit peu à peu ; un médecin consulté conseille l'application d'une pommade à l'oxyde de zinc ; mais depuis, la lésion n'a cessé de progresser, et d'autre part, une lésion analogue a fait son apparition sur le pavillon de l'oreille gauche. Actuellement, tout le lobule de l'oreille droite est envahi, il est épaissi, présentant environ deux fois l'épaisseur normale ; sa consistance

est assez ferme. La peau qui le recouvre est couverte de squames ; çà et là, à travers la teinte rosée des téguments, on aperçoit de petits noyaux de coloration ambrée. Du côté gauche, on note au niveau du trou destiné à la boucle d'oreille,



*Fig. VI — Observation XIII. — M^{me} Octavie A...
Lupus du lobule de l'oreille.*

une petite plaque de un centimètre environ de diamètre. Le traitement a consisté dans l'excision du lobule de l'oreille droite et à gauche, dans l'excision d'une partie du lobule par deux coups de ciseaux supprimant le segment de ce lobule

occupé par la lésion. Réunion à l'aide de fils de soie fine. Cette opération a lieu le 4 mai 1904. La malade quitte l'hôpital le 12 mai guérie.

Observation XIV (M. MORESTIN).

M^{me} Ch... couturière, âgée de 29 ans, nous est adressée à l'hôpital Cochin le 30 février 1904 pour un lupus de la joue. Ce lupus a débuté à la partie antérieure de la joue gauche il y a quatre ans. Cette plaque est assez étendue dans le sens vertical, présentant cinq centimètres en longueur et deux centimètres et demi dans le sens antéro-postérieur. L'affection progresse avec une grande lenteur, et même, depuis plusieurs mois, reste stationnaire. L'extirpation en est pratiquée le 23 février 1904. La plaie résultant de cette ablation est plus grande qu'une pièce de cinq francs. Pour la couvrir, je taille un grand lambeau sus-hyoïdien, à pédicule postéro-supérieur. Ce lambeau est appliqué sur la joue. Les sutures mises en place, je m'aperçois que ce lambeau est un peu tendu et décoloré. Les fils sont alors sectionnés à part deux ou trois de façon à ne pas compromettre la vitalité de ce lambeau. De fait, il reprend aussitôt une coloration rassurante. Quant à la plaie d'emprunt, elle est comblée très aisément par le procédé du décollement ; le 27 février, je pratique secondairement quelques sutures pour assurer l'affrontement du lambeau ; les suites sont très bonnes, et la guérison complète était obtenue vers le 15 mars.

Observation XV (M. MORESTIN).

Adèle L., modiste, 16 ans, m'est adressée à l'hôpital Cochin, par le professeur Gaucher, au mois de mars 1904 ; elle est admise pavillon Velpeau n° 51. Elle porte un lupus considérable occupant tout le côté gauche de la face. Ce lupus a débuté vers l'âge de 6 ans à la partie antérieure de la joue gauche ; jusque vers l'âge de 10 ans, cette plaque ne dépassa point les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

Mais depuis cette époque, la plaque n'a cessé d'augmenter ; sur elle, on applique sans succès les pommades les plus diverses, on a essayé aussi les pointes de feu, puis des scarifications, et enfin récemment, des applications de perman-ganate de potasse. Cette dernière médication a provoqué une irritation violente de toutes les parties touchées par le topique, et cette vive réaction dissimule en partie les lésions proprement dites. Au bout de quelques jours, sous l'influence de pansements humides, ces phénomènes retrocèdent et se calment, la plaque lupique reparaît. Elle occupe la région sous-orbitaire, une partie de la région molaire, la plus grande partie de la joue gauche ; en haut, elle s'étend jusqu'au rebord orbitaire ; en bas, jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure. En avant, elle s'arrête à un petit travers de doigt de la commissure labiale et de l'aile du nez. En arrière, elle s'étend jusqu'au bord antérieur du masséter et même le dépasse. En somme, la plaque présente une dimension comparable à celle de la paume de main.

L'ablation en est pratiquée le 15 avril en présence du Dr Launay ; elle conduit à un véritable écorché de la face ;

PLANCHE IV



Fig. VII. — Observation XV. — Adèle L..., Lupus de la joue.

A. MICHALON, Éditeur
PARIS

il faut procéder avec prudence pour éviter de léser les filets du facial, et cette dissection ne va pas sans une hémorrhagie assez abondante. Un énorme lambeau est prélevé sur le cou comprenant tous les téguments de la région sus-hyoïdienne, et une partie de la région sous-hyoïdienne. Ce lambeau, large de quatre travers de doigt ; long de treize centimètres, est appliqué sur la face et fixé seulement par quelques points de suture. La plaie d'emprunt est comblée par un énorme décollement poursuivi jusqu'au niveau de la deuxième côte. La suture n'est possible qu'en mettant la tête dans la flexion : elle est maintenue dans cette attitude par un système assez compliqué de bandes de toile. Le pansement est refait en partie le lendemain pour changer les compresses trempées par un abondant exsudat de sérosité sanguinolente. Nouveau pansement au quatrième jour permettant de constater que le lambeau n'offre aucune tendance à la mortification. La petite malade nous aide beaucoup et se montre extrêmement courageuse et docile. Elle se prête facilement aux mouvements que nous lui demandons d'exécuter pour faciliter notre tâche. Au huitième jour, ablation d'un certain nombre de fils ; le dixième jour, les autres sont ôtés et l'on commence à redresser la tête. Les suites sont des plus simples ; avant la fin d'avril la cicatrisation complète est obtenue.

Mais ce n'était là que l'opération fondamentale ; il fallut à quatre reprises dans le courant du mois de juin et de juillet et enfin au courant d'octobre faire des retouches pour ramener le lambeau, à des dimensions convenables, pour supprimer le bourrelet disgracieux formé par l'applicature de la peau au niveau du pédicule. enfin pour diminuer l'étendue

des zones cicatricielles tant au niveau du cou qu'au niveau de la face. Le résultat final est des plus satisfaisants ; tout d'abord, en ce qui concerne le décollement sur une grande étendue pour obtenir l'affrontement des bords de la plaie d'emprunt du lambeau, il n'y a eu, comme c'est la règle en pareil cas, aucune conséquence fâcheuse ; les téguments décollés ne se sont point mortifiés, mais se sont modelés sur les organes sous-jacents ; ils ont conservé une souplesse et une immobilité parfaites. Pour ce qui est de la face, le résultat esthétique est satisfaisant. Le lambeau présente à peu de choses près la coloration générale du visage. Et pour la cicatrice, elle se présente sous forme d'une ligne régulière, et pourrait être, avec un peu d'adresse, dissimulée sous un maquillage élémentaire. La santé générale est magnifique, et jusqu'à présent au moins, rien ne peut faire craindre la récurrence. La malade a été présentée au cours de pathologie externe le 28 février 1905.

Observation XVI (M. MORESTIN).

Marguerite P..., 20 ans, infirmière à l'hôpital Saint-Louis, porte un lupus de la joue droite grand comme une pièce de deux francs environ, traité déjà sans succès durable par les cautérisations. Aucune maladie antérieure ; sa santé générale est en apparence très bonne. Opération le 5 avril 1904. Extirpation. La perte de substance causée par cette ablation est grande comme une pièce de cinq francs. Elle est couverte à l'aide d'un lambeau prélevé sur la région sus-hyoïdienne. Cette plaie d'emprunt est immédiatement comblée

par décollement de la peau de la partie antérieure du cou. La tête est maintenue fléchie à l'aide d'un tube en caoutchouc appliqué par-dessus le pansement, et fixé : d'une part, aux bandes entourant la tête ; d'autre part, à la partie thoracique du bandage. Suites très bonnes ; ultérieurement deux retouches sont nécessaires pour diminuer l'épaisseur du lambeau et pour supprimer un pli cutané au niveau du pédicule. Finalement, le résultat est satisfaisant. Au point de vue esthétique, la malade reste bien guérie ; tant au niveau du lambeau que sur les téguments du voisinage, on ne peut soupçonner aucune trace de récive.



Fig. VIII. — Observation XVI. — Mlle Marguerite P..., infirmière. Lupus de la joue droite.

Observation XVII (M. MORESTIN)

Lupus de la cuisse, tuberculose à foyers multiples.

Gustave B..., 28 ans, tonnelier, est entré le 22 août 1904 à l'hôpital Saint-Louis service des pavillons, n° 29, m'étant adressé par le professeur Gaucher. Cet homme porte des lésions tuberculeuses multiples au niveau du membre inférieur du côté gauche. Les premières manifestations datent de l'enfance. A l'âge de 5 ans, au niveau du talon gauche, se produisit une petite écorchure attribuée d'abord à un pli d'un bas grossier. Complètement négligée, cette petite plaie se compliqua bientôt d'un abcès qui s'ouvrit spontanément ; le malade ne reçut les soins d'aucun médecin. Peu de temps après, un autre abcès se montra dans la région malléolaire interne, puis un autre en arrière de la malléole externe.

Ces trois abcès après s'être ouverts, ne se cicatrisèrent point, mais formèrent des ulcères qui durèrent deux ou trois ans. Ils semblaient tendre vers la guérison quand une brique lui tombant sur le pied remit tout en question. La suppuration qui semblait tarie reparut.

A l'âge de 10 ans, apparaît un nouvel abcès froid à la partie supérieure et interne de la cuisse. Il s'ouvrit spontanément, se cicatrisa, mais ce fut de cette cicatrice que partit le lupus qui couvre actuellement une grande partie de la face antérieure de la cuisse.

Vers cette époque toutefois commença une longue trêve du

côté du pied ; le sujet peut marcher, aller à l'école, travailler ; une blessure du pied malade, survenue à l'âge de 14 ans, n'eut même aucune suite fâcheuse ; il s'agissait d'une profonde piqûre par un clou ayant traversé la chaussure. Il n'y eut à la suite qu'une lymphangite passagère. Mais à 22 ans apparurent de nouveaux abcès froids qui nécessitèrent un séjour à l'hôpital Saint-Louis, puis à l'hôpital de Troyes.

A 27 ans, les lésions se réveillèrent du côté du pied : gonflement persistant, douleur, gêne et impotence dans la marche, puis apparaissent de nouveaux abcès sur la jambe. Le malade maigrit et tousse. C'est alors qu'il se décide à venir à Paris.

Il présente au moment où nous l'examinons des lésions nombreuses. On note une large plaque de tuberculose cutanée entourant toute la région sous-rétro, et sus-calcanéenne et toute la face postérieure du cou de pied. Tout le pied est augmenté de volume ; il est le siège d'un œdème couennique dur. Plusieurs fistules s'ouvrent au niveau du tarse, du métatarse, notamment au niveau du premier espace interosseux et de l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

Le long de la jambe et de toute la cuisse, on aperçoit plusieurs cicatrices très irrégulières, vestiges des anciens abcès. Actuellement, un abcès froid forme une saillie du volume d'un œuf à la partie antéro-externe de la jambe, juste au-dessus de l'articulation. Un autre est situé au voisinage immédiat de la rotule, au niveau de sa base, côté externe ; c'est une gomme ramollie. Trois plaques de tuberculose cutanée sont installées au mollet et au creux poplité ; enfin un vaste placard lupique grand comme une paume de main, absolument typique, siège au niveau du bord interne et à la

face antérieure de la cuisse, au voisinage de sa racine. On ne sent pas de ganglions engorgés dans l'aîne correspondante. Une amputation de cuisse me paraît la seule opération possible, mais il y a lieu de se préoccuper des conditions particulières causées par le lupus de la cuisse. L'extirpation de cette plaque lupique me paraît assez facile, la peau étant très lâche sur cette cuisse fortement amaigrie chez un sujet qui avait été robuste.

Le 26 août, je pratiquai donc en premier lieu, l'ablation du lupus, et cette extirpation découvrit : la veine saphène interne, le droit interne, le premier adducteur. La laxité de la peau permit l'affrontement même sans décollement ; cette plaie réunie, je pratiquai alors l'amputation de la cuisse dans son tiers moyen, le lambeau antérieur descendant plus bas que le lambeau postérieur. Les suites ont été de la plus heureuse simplicité et le malade put quitter l'hôpital bien guéri le 20 septembre.

Observation XVIII (MORESTIN)

M^{me} B..., m'est adressée le 15 décembre 1903 à l'hôpital Saint-Louis par M. le professeur Gaucher, elle est admise au service d'isolement, n° 12. Outre un œdème de la jambe gauche assez difficile à interpréter, cette malade présente à la main gauche, des lésions très étendues ayant débuté dix ans auparavant par le médius. Il y a au niveau de l'articulation des deux premières phalanges, un gonflement douloureux, au niveau duquel il s'est produit un abcès froid et une fistule, point de départ de l'affection cutanée. Actuellement, pres-

que toute la face dorsale de la main et des doigts est occupée par une large plaque lupique. Celle-ci couvre toute la région métacarpienne, et une partie de la région carpienne, les commissures interdigitales, la face dorsale du petit doigt dans sa totalité, y compris tout le pourtour de l'ongle, lequel est branlant; une partie de la face dorsale de l'annulaire, presque toute celle de l'index, sans parler du médius qui est envahi dans sa totalité. Le pouce seul est intact. Le long de l'avant-bras, à la partie externe, on note quatre petits abcès froids échelonnés le long du bord externe; le plus élevé étant situé au voisinage du coude. Ce sont évidemment de petits abcès résultant de la fonte de noyaux périlymphatiques. On ne note ni ganglions épitrochléens, ni ganglions axillaires. Les mouvements du pouce sont conservés en totalité, ceux des doigts le sont en partie; ils sont gênés et bridés par la lésion tégumentaire. La plaque dorsale n'adhère point au squelette ni aux tendons; dans toute son étendue, les téguments sont épaissis, de coloration rosée, à travers laquelle on aperçoit çà et là, les nodules lupiques; elle est couverte de squames blanchâtres.

L'évolution de l'affection a toujours été indolente, l'état général est bon; la malade âgée de 37 ans est mariée, mère de trois enfants bien portants. Les traitements mis en œuvre ont été ici insignifiants, ils se sont bornés à des applications de topiques et à la cautérisation ponctuée.

Le 22 décembre 1903, je pratiquai : 1° Une extirpation de la lésion de la main : je suis obligé de faire une dissection très délicate du tissu cellulaire sous-cutané envahi par les lésions et transformé par les cautérisations; il faut beaucoup d'attention pour mettre à nu les tendons, les isoler tout en

les respectant ; le médius doit être amputé en totalité. Il faut supprimer également les dernières phalanges du petit doigt, toute la peau de la face dorsale de l'index doit être enlevée, y compris l'ongle.

2° Pour couvrir cette plaie, il faut recourir à l'autoplastie, méthode italienne. Je prélève donc un grand lambeau sous-ombilical, à base inférieure ayant comme dimension celle de la main elle-même. La lèvre supérieure est mobilisée pour combler dans une large mesure la plaie d'emprunt.

La main malade est placée dans le sinus formé par le lambeau et la paroi abdominale ; le lambeau est suturé avec soin au pourtour de la plaie. Il n'est pas divisé en languettes au



Fig. IX. — Observation XVIII. — Mme B..., Lupus de la main, le lambeau est mis en place.

niveau des doigts, ce fractionnement devant être pratiqué ultérieurement. Application d'un grand appareil à l'aide de bandes de flanelle, pour maintenir la main dans une position convenable. Le 11 janvier, le pédicule est en partie sec-

tionné, le 12 la malade est anesthésiée, la section du pédicule est achevée. La greffe est bien vivante, et nous fournira tous les matériaux nécessaires pour la main.

Mais il s'agit de compléter dès maintenant la plaie d'emprunt encore très vaste. Cette plaie, actuellement couverte de bourgeons charnus est avivée par abrasion de toute sa surface, puis pour la combler, je recours à l'autoplastie par décollement en libérant les téguments au-dessus et au-dessous de la plaie. En haut, la marche du décollement en amont est bientôt arrêtée par la cicatrice ombilicale; mais celle-ci est désinsérée, et le décollement est poursuivi bien au-dessus. Les téguments sus-ombilicaux peuvent être ainsi abaissés jusqu'au contact de la lèvre inférieure de la plaie; une perforation pratiquée à travers le rideau permet d'amener à l'extérieur la collerette cutanée laissée autour de l'ombilic et de suturer cette collerette aux lèvres de cette petite incision.

Enfin, ceci fait, nous revenons à la main; le bord cubital de la plaie est suturé à la branche cruentée fournie par la section du pédicule. Les suites sont encore une fois très heureuses, la malade vient nous retrouver à l'hôpital Cochin de février à avril, nous pratiquons plusieurs retouches pour régulariser l'adaptation du lambeau, à l'index et au moignon du petit doigt pour diminuer l'épaisseur de la greffe. Bref la malade nous quitte au mois d'avril avec une main utilisable. Nous avons eu de ses nouvelles le 22 février 1905. Elle nous fait savoir que pendant tout l'été, l'amélioration a continué; la greffe s'est affaissée, la ligne de suture a presque disparu, et malgré la raideur de ses doigts, elle peut s'en servir pour travailler.

Mais au commencement de janvier, l'index et le petit doigt se sont tuméfiés de nouveau, sont devenus d'un rouge violacé. De petits boutons violacés ont poussé au niveau des points de suture; des croûtes se sont formées et sont tombées laissant de petites ulcérations. Il est donc fort probable qu'il y a une récurrence.

CONCLUSIONS

Toutes les fois que le lupus siège exclusivement à la peau, le traitement opératoire est le seul rationnel, car seul il donne une guérison *rapide*, définitive, avec un minimum de cicatrice.

L'excision suivie d'autoplastie par grand décollement est la méthode de choix.

Elle assure une réparation toujours suffisante et facile, qui permet : 1° de traiter des lupus très étendus ; 2° d'exciser largement la plaque lupique, au delà des tissus malades, ce qui est la condition principale de la cure radicale.

Elle donne une greffe bien nourrie qui assure une guérison rapide.

Elle réduit la cicatrice à la seule ligne de suture.

Vu : le Président de la thèse

GAUCHER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Gaucher.** — Article du *Traité de médecine de Brouardel et Gilbert*.
- Parboisaul.** — *Thèse Paris*, 1900. Traitement du lupus vulgaire suivant les indications.
- Blayac.** — *Thèse Montpellier*, 1903. Du traitement du lupus par l'extirpation.
- Baur.** — *Thèse Nancy*, 1902. Du traitement du lupus. Emploi des greffes dermo-épidermiques.
- Bonneau.** — Exposé historique du traitement du lupus. *Thèse Paris*, 1883.
- Nélaton** — XIII^e Congrès de dermatologie, Paris, 1900.
- Lang.** — XIII^e Congrès de dermatologie, Paris, 1900.
- Raugé.** — *Bulletin médical*, 1893.
- Asselberg.** — De l'extirpation du lupus. *Presse médicale Belge*, 1900.
- Delcour.** — *Presse médicale Belge*, Bruxelles, 1897.
- Archambault.** — *Gazette médicale du Centre*, Tours, 1902.
- Maillard.** — *Thèse Paris*, 1900.
- Morestin.** — XIV^e Congrès de chirurgie, Paris, 1901.
- Morestin.** — XV^e Congrès de chirurgie, Paris, 1902.
- Morestin.** — XVI^e Congrès de chirurgie, Paris, 1903.
- Morestin.** — *Société Anatomique*, octobre 1900.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — <i>Avant-propos.</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Opération. Réparation.</i>	15
CHAPITRE III. — <i>Résultats obtenus.</i>	29
Observations.	33
Conclusions	61
Bibliographie	63